

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
CURSO DE PSICOLOGIA

**DIGA-ME COMO ANDAS E TE DIREI QUEM ÉS: A “CURA”
CONTEMPORÂNEA NA CLÍNICA DIAGNÓSTICA E A
POSSIBILIDADE DO FRACASSO**

Juliana Flores

Lajeado, junho de 2016.

Juliana Flores

Artigo apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como exigência parcial de obtenção do título de Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Univates.

Professor (a) Orientador(a): Ms: Mário Francis Petry Londero

Lajeado, junho de 2016.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me dar saúde e força para superar as dificuldades e permitir que chegasse até aqui.

Agradeço o meu orientador Mário Francis Petry Londero, pelo suporte, pelo apoio, pelas suas correções e incentivos, pela sua dedicação e amizade.

Aos professores que fizeram parte de minha caminhada, por me proporcionar conhecimento, reflexões e ajudar me tornar o que sou.

Agradeço a minha família, pelo amor, incentivo e compreensão.

Aos amigos e colegas que me deram apoio e conforto quando precisei.

Enfim agradeço, a todos que diretamente ou indiretamente fizeram parte da minha caminhada.

APRESENTAÇÃO

Apresentamos o Artigo intitulado, Diga-me como andas e te direi quem és: A “cura” contemporânea na clínica diagnóstica e a possibilidade do fracasso, resultado da pesquisa realizada para o Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Psicologia, o qual segue as Normas de Publicação da Revista Mal-estar e Subjetividade (ANEXO A).

**DIGA-ME COMO ANDAS E TE DIREI QUEM ÉS: A “CURA” CONTEMPORÂNEA NA CLÍNICA DIAGNÓSTICA E A
POSSIBILIDADE DO FRACASSO 1**

1 Artigo Acadêmico produzido na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Psicologia do Centro Universitário UNIVATES

Juliana Flores²
Me: Mário Francis Petry Londero³

Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão da literatura sobre a clínica na atualidade e suas implicações junto a uma sociedade pautada pelo biopoder e pela medicalização da vida. Um dos desafios que a clínica enfrenta é possibilitar o encontro do sujeito com seus sofrimentos, e a ideia deste escrito é pensar como isso pode ocorrer nos dias de hoje, assim, o texto se pautará na seguinte questão para tentar pensar tal contexto clínico: como se passa o adoecimento psíquico na contemporaneidade e quais os seus efeitos na clínica? As tendências contemporâneas de reduzir o sujeito a uma doença orgânica nos apontam para o quanto ele necessita de um espaço de escuta para si, bem como do respeito pela sua singularidade. O estudo se realizou com base em autores oriundos da clínica psicanalítica e da filosofia esquizopsicanalítica e concluiu o quanto se faz necessária uma clínica que resista ao tempo acelerado do capitalismo em uma sociedade de controle no biopoder.

Palavras-chave: biopoder; medicalização da vida; clínica; escuta.

***Abstract:** the objective of this article is to present a review about contemporary clinical literature and their implications within a society guided by the Biopower and a life medicalization. One of the challenges that the clinic faces is to provide an encounter of the subject and their sufferings, and the main idea of this paper is to think about how it can occur nowadays. In addition, this paper will be founding on this problem considering such clinical context: How the psychological sickening developed itself on contemporaneity and what are the effects on the Clinic? Contemporary tendencies of reducing the subject to an organic*

2 Estudante de Psicologia

3 Professor, Orientador

disorder shows us how necessary are the particular hearing space for themselves, as well as for his singularity. The study have had been performed based in authors arising from the psychoanalytic clinic and schizoanalytic philosophy, and assumes how is necessary a clinic that resist to a rushing rhythm of the capitalism on a control society based on Biopower.

Key Words: *biopower; Life medicalization; Clinic; Hear.*

Resumen

El propósito de este artículo es presentar una revisión bibliográfica sobre la clínica en la actualidad y sus implicaciones junto a una sociedad regulada por el biopoder y por la medicalización de la vida. Uno de los desafíos que la clínica enfrenta es posibilitar el encuentro del sujeto con sus sufrimientos, y la idea de este estudio es pensar cómo puede ocurrir esto en la actualidad, así que el texto se basará en la cuestión siguiente para intentar pensar el contexto clínico: ¿cómo ocurre la enfermedad mental en la contemporaneidad y cuáles son sus efectos en la clínica? Las tendencias contemporáneas de reducir el sujeto a una enfermedad orgánica nos muestran como él necesita de un espacio de escucha para uno mismo, bien como del respeto por su singularidad. El estudio fue basado en autores originados de la clínica psicoanalítica y de la filosofía esquizopsicoanalítica y concluyó como es necesaria una clínica resistente al tiempo acelerado del capitalismo en una sociedad de control en el biopoder.

Palabras clave: *biopoder; medicalización de la vida; clínica; escucha.*

Résumé

Le but de cet article est de présenter une revue de la littérature sur la clinique aujourd'hui et ses implications à une société guidée par biopouvoir et la médicalisation de la vie. L'un des défis de la clinique est confrontée est de permettre la rencontre du sujet avec ses souffrances,

et l'idée de cette écriture est de penser comment cela pourrait se produire actuelle . Le texte est fondé sur la question suivante à essayer de penser ce contexte clinique: comme va la maladie mentale à l'époque contemporaine et leurs effets dans la clinique? Tendances contemporaines de réduire l'individu à une maladie organique nous montrer à quel point il a besoin d'un espace d'écoute pour eux-mêmes, ainsi que le respect de son caractère unique. L'étude a été réalisée sur la base des auteurs de la clinique et esquizopsicanalítica philosophie psychanalytique et a conclu que si une clinique qui est nécessaire pour résister capitalisme temps accéléré dans une société de contrôle dans le biopouvoir.

Mots-clés: biopouvoir; médicalisation de la vie; clinique; l'écoute ; subjectivité.

Introdução

Este artigo trata de estudar os processos de subjetivação na atualidade e como o sofrimento psíquico vem sendo escutado no que tange à clínica psicológica. Podemos observar o quanto hoje em dia temos um arsenal de práticas clínicas pautadas por medicações e diagnósticos, com propostas tentadoras que suturam o sofrimento psíquico de maneira a reintegrar o sujeito o mais breve possível dentro de uma padronização, dificultando a produção de subjetividades desenlaçadas do modo regulamentado de viver.

A ideia e a motivação para pensar sobre a temática apresentada acima surgiram a partir de leituras e debates, realizados durante o curso de Psicologia, que nos afetaram e que fizeram com que sustentasse nosso desejo de continuar a pensar o adoecimento psíquico do sujeito contemporâneo e o que a clínica tem a escutar sobre o assunto. Buscaremos entender os processos de adoecimento, e como o homem vem se relacionando com eles, a partir de uma leitura esquizopsicanalítica sobre a clínica. Para isso a pesquisa vai se dar na tentativa de compreender a complexidade das vivências atreladas ao “ser” contemporâneo, que abarca a “onda” da medicalização da vida. Entendemos como necessário transversalizar o olhar,

enviesá-lo, ao ponto de problematizar a subjetividade e as instituições que atravessam essa relação e que norteiam os modos de operar o social.

Conforme Pelbart (2000), a subjetividade deve ser entendida não como algo que é só interno no sujeito, mas como algo exterior, advindo das relações de alteridade, ou seja, a subjetividade não é algo palpável, caracterizado, mas algo que se expressa por meio de vivências e afetações com o mundo interno e externo de cada sujeito.

Em uma época que disponibiliza “novas” tecnologias, “novas” ciências e grandes avanços culturais e socioeconômicos, o sujeito, muitas vezes, não dá conta de administrar toda essa avalanche que exige sempre mais de si. Neste mundo que sempre nos traz a sensação de endividamento, de que precisamos dar mais, um dos lugares em que isso mais aparece é o corpo, em sua personificação como o local que concede uma identidade de sucesso ou de fracasso. Neste sentido, há um superinvestimento no corpo, com um deslocamento da atividade psíquica para o corpo, a subjetividade reduzida ao corpo, a sua aparência, a sua imagem, sinônimo de saúde quando existe um corpo *fitness*, corpo-performance (Pelbart, 2003). Voluntariamente, cada um se submete aos preceitos científicos e estético-midiáticos na tentativa de se adequar às normas ditas científicas e à cultura do espetáculo.

Não podemos deixar de fora o poder da mídia sobre os corpos, pois ela produz certos roteiros de vida para a população se encaixar perfeitamente: como devemos ser depois de tal idade, como nossa família deve ser e como devemos correr atrás disso.

Pelbart (2008) diz que esta lógica nos reduz ao mero corpo e nos traz a existência de um ideal de corpo, seja excitável, manipulável, espetaculoso, automodulável, o que, em sua conotação, chama de domínio da vida nua. “Nas últimas décadas, a subjetividade foi reduzida ao corpo” (Pelbart, 2008, p. 5), na tentativa de manter a sua aparência, a sua imagem, a sua performance, a sua saúde, a sua longevidade.

Conforme Roudinesco (2000), o uso desenfreado de medicamentos para tratar os sofrimentos psíquicos que antes não necessitavam de tratamento está cada vez maior, e esta prática é o que chamamos da medicalização do mal-estar. Neste sentido, cabem alguns questionamentos: a medicalização do sofrimento está em jogo para não se pensar mais nele? Tudo que sai da norma, tudo que é um transtorno deve ser aniquilado? Em uma primeira hipótese, parece que a medicalização é uma tentativa de engaiolar os intratáveis, regulamentando-os, em um resultado do poder sobre a vida pautado pelos mecanismos do biopoder, que se legitima a partir do saber biológico que contribui para um suposto espetáculo da cura. Seguindo os pensamentos de Pelbart (2000), nenhum sujeito foge das armadilhas do destino, pois estamos regulamentados e predestinados a não sofrer, sujeitos analfabetos das emoções (Pelbart, 2003). Na vida, não cabe sofrimento. O homem, na atualidade, nasce para o sucesso, para brilhar, para produzir e representar um personagem sem furos, perfeito. Não que consiga brilhar e ter sucesso, pois isso é apenas um produto vendido ao comércio de fluxos de vidas para que o mesmo circule e gere produção de consumo. Nesta caminhada de consumo de vidas-modelo, somos pertencentes a um só núcleo, o dos sobreviventes.

Roudinesco (2000) se contrapõe ao poder da cultura medicamentosa na sociedade e as suas normativas que padronizam as ações e escutas do sujeito em sofrimento, pois, segundo ela, tais práticas, advindas do biopoder, ofertam uma ilusão de cura a partir das substâncias químicas que transmitem a ideia de que é possível descartar a dimensão subjetiva e resumir tudo ao biológico.

A maneira de pensar o corpo se modifica com o passar do tempo, na medida em que as relações de poder e de controle vão se complexificando e tomando outros destinos. Já foi a época do corpo ser docilizado pelas instituições disciplinares – que ainda existem –, ganhando reforço com a biopolítica e suas regulamentações da vida. O corpo, atualmente, está

atravessado pelos preceitos científicos e estéticos da saúde regulamentada. Continuamos no domínio da sobrevivência, da produção maciça de sobreviventes.

A partir deste cenário descrito, é interessante argumentar que a medicalização da vida é uma “ditadura” da felicidade, a qual torna difícil para o sujeito entrar em contato com seu sofrimento, pois ele sempre acaba antecipando este sofrer na medida em que o anestesia. Este fator, que acaba se atravessando na clínica, parece ceder a tamanha demanda de curas e medicações que deixam o sujeito contemporâneo apto a seguir seu trajeto de produção e consumo, rumo a uma felicidade plastificada.

A autora Maria Rita Kehl (2004) trabalha a questão da depressão no mundo contemporâneo por meio de sua prática clínica, dedicando-se a fazer pesquisas para ter mais entendimentos sobre a depressão e sobre a problemática do sujeito que recua em vida a cada momento difícil que venha a passar, recorrendo, muitas vezes, às medicações. Na mesma linha de pensamento, Shappe (2013) faz uma crítica ao modo psiquiatrizante que impregna a clínica na atualidade, pois acaba se voltando apenas para as doenças mentais, no que elas têm de “defeito” químico, e os tratamentos são efetivados da mesma maneira que ocorre com as doenças biológicas, centradas no corpo orgânico.

Nesse sentido, com este panorama que a clínica contemporânea é desafiada a enfrentar, partimos do seguinte questionamento para tentarmos pensar a clínica e sua relação com o adoecimento psíquico: como se passa o adoecimento psíquico na contemporaneidade e quais os seus efeitos na clínica?

A partir da questão apontada acima, nosso objetivo é pensar a clínica psicológica que se encontra afetada por esta problemática de lidar com o adoecer e com o sofrimento psíquico, no intuito de entender os processos de adoecimento e como o homem vem se relacionando com eles, refletindo sobre as práticas de cuidado na clínica psicológica contemporânea e analisando o sujeito atravessado pela lógica da medicalização da vida.

O método de estudo se baseará em uma revisão de literatura bibliográfica da temática, articulando teoricamente autores que percorrem o campo esquizopsicanalítico. São eles: Foucault, Pelbart, Birman, Roudinesco, Esperanza e Kehl. A partir da questão central apontada acima e para compreender a multiplicidade de conceitos, nos quais o adoecimento se apresenta na atualidade, a proposta é estudar os processos de subjetivação e as práticas clínicas contemporâneas.

Para dar conta do problema, o artigo prevê o seguinte percurso: a cultura do biopoder e seus efeitos na regulamentação da vida, com o qual tratamos dos modos de ser do sujeito e como ele opera a vida na contemporaneidade; a medicalização da vida e o que leva o sujeito a buscar, por meio da via medicamentosa, alívio para seus sofrimentos psíquicos; e, ao final, a ideia é pensar como a clínica se movimenta frente às questões que a perpassam no mundo contemporâneo do biopoder e da medicalização da vida.

A cultura do biopoder e seus efeitos na regulamentação da vida

Foucault (2000) fez uma genealogia na qual problematizou como se organizavam as formas de governo da Idade Média, até meados do século XX. Começa descrevendo que as formas de exercer poder se intensificaram e se modificaram com o passar do tempo. Neste processo, observou como se estruturou o poder sobre a vida, nos dizendo que o mesmo instalou-se por meio de instituições e diversos dispositivos de caráter religioso, sexual, pedagógico, clínico e penal, permitindo a difusão das possibilidades de intervenção do Estado sobre a vida da população. Contextualiza o que chama de “governamentalidade”, por meio de importantes obras literárias, em que os autores cunhavam o que se entendia por governo, mais precisamente do século XVI ao século XVIII. Está, entre estas obras, *O Príncipe*, de Maquiavel. Na análise que elaborou partindo do contexto da época, vai nos dizer que a maneira de governar significaria exercer o poder segundo o modelo da economia, por meio da

vigilância e do controle das riquezas, controle dos comportamentos individuais, coletivos e das famílias, para gerenciar seus territórios. Já no texto *Miroir Politique (Política de Espelho)*, de Guillaume de La Perrière, que descreve o conceito “arte de governamentar”, segundo entendimento de Foucault (2008), significaria exercer o poder sobre homens e coisas. O poder estava na gerência dos homens em relação às suas coisas, ou seja, suas riquezas, costumes, hábitos, ações, pensamentos, e fatores ligados à sua subsistência, como a fome, a saúde e a doença.

Nesse contexto, criam-se leis para apoderar os soberanos nas suas decisões. O que caberia à população era se submeter. Todas essas ações começam a se desenvolver em um mundo cada vez mais complexo, no ponto de virada entre a sociedade soberana e a sociedade burguesa. No final do século XVIII, a população é tanto alvo como instrumento nas relações de poder. Já em relação ao atendimento das necessidades e desejos da população, que, em certo sentido, são imanentes, “a população aparece como sujeito de necessidades, de aspirações, mas também como objeto nas mãos do governo, como consciente, frente ao governo, daquilo que ela quer e inconsciente em relação àquilo que se quer que ela faça” (Foucault, 1999, p. 289).

Seguindo a mesma lógica estatal de governar, Foucault (2008) traz o conceito de biopoder, tradução da forma de administrar e controlar as populações pela criação de instituições como a educação, a assistência, a saúde, o sistema prisional, os manicômios e a própria família. O biopoder permitia o controle da população em uma era na qual o poder deveria ser justificado racionalmente, dando ênfase à proteção de vida e à regulação do corpo (Foucault, 2008, p. 213).

Foucault (2008) nos diz que o biopoder é constituído pelo poder disciplinar e pela biopolítica, recursos de controle que vão surgindo entre os séculos XVI e XIX para dar conta

de uma arquitetura social burguesa nascente. Chegamos a esse biopoder instalado, que parece a tudo controlar, designados como a sociedade de controle, conforme Deleuze (1990).

Segundo o que traz Foucault (2000) em sua obra *Vigiar e Punir*, a maneira capitalista de se pensar na sociedade passava pelo erguimento de instituições, modelos nos quais as relações eram formatadas, como o ambiente familiar, a escola, a igreja, a fábrica, a prisão e o manicômio. Esta tendência de exercer poder tinha como objetivo assumir formas de controle por uma constante vigilância, desempenhada por um poder disciplinar superior que se representava no papel do pai, do professor, do patrão e do médico. A disciplina era empregada pelas regras de confinamento presentes nessas instituições.

Um direito de soberania é um mecanismo de disciplina: é dentro destes limites que se dá o exercício do poder. Estes limites são, porém, tão heterogêneos quanto irreduzíveis. Nas sociedades modernas, os poderes se exercem através e a partir do próprio jogo da heterogeneidade entre o direito público das soberanias e o mecanismo polimorfo das disciplinas (Foucault, 1999, p. 189).

Foucault (2000) delimita os séculos XVII e XVIII para apresentar as técnicas de poder que eram essencialmente centradas no corpo individual, procedimentos pelos quais se assegurava a distribuição espacial dos corpos individuais, “sua separação, seu alinhamento, sua colocação em série e em vigilância” (Foucault, 2000, p. 208). A disciplina era organizada em torno desses corpos individuais, bem como em todo um campo de visibilidade, no qual cabiam corpos docilizados para o trabalho. Conforme Foucault (2008), em qualquer sociedade existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social. Estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso. Para Foucault (2000), o discurso da disciplina é alheio ao da lei, as disciplinas nortearão os discursos que

serão da regra “natural”. Daí o domínio das ciências humanas e a normalização da vida ficarem por conta do saber científico.

Nesse sentido, com a consolidação do poder disciplinar, logo surge a segunda tomada de poder sobre o corpo, que se fez consoante ao modo da individualização. Foucault (2000) traz a segunda tomada de poder, que, por sua vez, não é individualizante, mas massificante, o homem em relação à sua espécie, a biopolítica (Foucault, 2008). Esta é a outra faceta do biopoder (Foucault, 2008), a biopolítica, a qual caracteriza as formas de controle dos séculos XVIII e XIX que se modificaram, passando a representar a “grande medicina social”, que se aplica à população a fim de controlar a vida e os corpos.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência e pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (Foucault, 2008, p. 80)

Segundo Pelbart (2000), a biopolítica surge incidindo não mais no corpo enquanto mecânica da vivência, mas enquanto manipulável a processos biológicos, a proliferação, aos mecanismos de mortalidade, ao nível de saúde e longevidade.

Parece-me que um dos fenômenos fundamentais do século XIX foi, o que se poderia denominar a assunção da vida pelo poder: se vocês preferirem, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico ou, pelo menos, certa inclinação que conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico (Foucault, 2008, p. 201).

Segundo Pelbart (2003), Foucault relatou serem importantes para a época as duas formas ramificadas do biopoder, tanto o disciplinar quanto o biopolítico, associando a emergência dos mesmos, ajustadores do capitalismo, frente à velha maneira soberana de exercer poder que, diante da explosão demográfica e da industrialização, não conseguia mais operar. Sobretudo a biopolítica, um dos braços do biopoder, regulamenta a vida. E sua legitimação se passa a partir da ciência que há pouco tinha se tornado o modo de ler a vida predominante, destituindo a igreja de seu saber que até então guiava a organização social (Foucault, 2008). A medicina social e a psiquiatria tomam conta de indicar os valores vigentes para a sociedade, de modo a realizar um exercício de higienização social de tudo aquilo que saísse das regulamentações. E uma das formas, aparentemente, mais eficazes neste modo de regulamentar a vida se passa pela medicalização da mesma, atravessamento de controle que iremos estudar no item logo abaixo.

Medicalização da vida

Foucault (2008), na obra *História da Loucura*, criticou e questionou sobre os modos da não aceitação da loucura na sociedade e os modos de tratamentos do século XX. Podemos pensar hoje, sendo que ainda estamos permeados por esta não aceitação, que o que foi modificado foi o modo de “tratamento”. Contudo, continuamos camuflando o manejo de lidar com a loucura, hoje em dia traduzida no que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) rebatizam com o nome de transtornos psíquicos.

Mesmo com a reforma psiquiátrica, ainda pode-se perceber que na sociedade não se tem um lugar para o sofrimento psíquico, já que estamos voltados para a dor do corpo biológico e para a grandiosidade de uma suposta cura. Segundo o documentário “O marketing

da loucura”⁴, na década 1950, houve um grande avanço nas substâncias psicotrópicas, modificando a maneira de olhar para a loucura, com antigos modos de tratamento sendo substituídos pelo medicamento. Saímos da era da camisa de força física para a da camisa de força química. Contudo, após tal descoberta, também começamos a enfrentar a problemática de sua banalização, que acabou por servir como mais um dispositivo para ajudar na regulamentação da vida. “Receitados tanto por clínicos gerais quanto pelos especialistas em psicopatologia, os psicotrópicos têm o efeito de normalizar comportamentos e eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar a significação” (Roudinesco, 2000, p. 21).

O documentário evidenciou a aliança entre as indústrias farmacêuticas e os psiquiatras na fabricação de doenças mentais para fins lucrativos. Esta aliança tinha como objetivo reduzir os problemas psicológicos a problemas de ordem bioquímica, baseando-se na teoria não comprovada do desequilíbrio químico cerebral, resultando no uso desenfreado de drogas psicoativas⁵. Para isso, utilizou-se de propagandas farmacêuticas na TV que prometiam e prometem uma vida mais alegre e saudável para as pessoas. Os autores do vídeo fazem uma crítica aos DSMs e afirmam que o manual não tem base teórica científica, pois foi elaborado por um grupo de psiquiatras a partir de relatos sem fonte de pesquisa que surgiram como diagnósticos para todos os problemas mentais. O desenvolvimento do DSM foi a peça-chave na aliança entre os psiquiatras e a indústria farmacêutica, pois, a cada novo diagnóstico, surge mais uma droga para tratamento.

Conforme Esperanza (2011), a história da psiquiatria, em meados do século XX, começa seu percurso na medicina geral, reafirmando o discurso médico, o qual trabalha com as classificações nosológicas que se baseiam na organicidade e que tratava a doença mental comparando com a doença física. Pode-se mencionar que o começo da clínica se deu com o

4 *O marketing da loucura: Somos todos insanos?* Portugal, 2010. Recuperado em 2 outubro, 2015, de: <https://www.youtube.com/watch?v=OhxqNqQDxwU>

5 Para esta discussão, recomenda-se, novamente, o documentário “O marketing da loucura”.

desenvolvimento de prognóstico, semelhante a doenças orgânicas. Nesse caso, a autora vai dizer que a psiquiatria toma como objeto de avaliação a loucura, que era vista como erro ou ilusão, e passa a ser tratada como uma alteração da realidade, ou seja, passa a ser considerada como um desvio da normalidade. As anormalidades ganham novas conotações, como “transtorno”, “conduta” e “comportamento” desviantes.

A psiquiatria permaneceu voltada a uma prática de cura das condutas fora das normalidades vigentes durante os últimos séculos. Segundo Esperanza (2011), somente com a chegada da neurociência ganhou-se a possibilidade de avanço, mais precisamente no século XXI, quando, após décadas de silêncio, se podia, agora, reafirmar a psiquiatria como medicina científica. Com isso, passa a se ocupar do paciente em sua totalidade, surgem o CID 10 e o DSM-V, que padronizam as doenças mentais por meio de diagnóstico, o que resulta na prática de medicalizar as funções cerebrais em desacordo com a normalidade, em uma verdadeira medicalização da vida:

[...] a psiquiatrização dos atos e das ações também corresponde à tentativa farmacêutica de psicofarmacologizar a própria vida, o que equivale a postular que cada ato da vida de um sujeito é possível de ser medicado ou medicalizado, sendo este um programa ao qual a psiquiatria oferece todo seu empenho. (Esperanza, 2011, p. 56)

Para a autora, o pensamento medicalizado utiliza meios de correção que não são de punição, mas meios de adaptação dos indivíduos, e toda uma tecnologia do comportamento do ser humano está ligada a eles. Permite aplicar à sociedade uma distinção entre o normal e o patológico e impor um sistema de normalização do comportamento, da existência, do trabalho e dos afetos. A partir desta “nova descoberta”, os psiquiatras passaram a se sustentar na tentativa classificatória dos DSMs pelo fato de considerarem o paciente como um indivíduo

cujo corpo se reduz ao biológico. Esperanza (2011, p. 57) nos diz “que esta classificação é um desconhecimento, uma recusa do papel do inconsciente na estruturação do sujeito”, e afirma “que separar o sujeito de seu sofrer implica deixar de fora o sujeito e a relação que este tem com seu sintoma”. A “nova” psiquiatria não se ocupa de longos tratamentos, mas sim de classificar com uma concepção corretiva e patológica, com base no manual de doenças mentais – o DSM –, ou seja, o código da loucura, do qual dificilmente um sujeito escapa.

Nesse sentido, enquanto assistimos ao espetáculo da medicalização da vida, o homem pouco abre espaço ao sofrimento, almeja sonhar com a felicidade somente. A proposta de Roudinesco (2000) está em repensar o adoecimento psíquico e o assujeitamento do homem à medicalização. Como destaca, “o sofrimento psíquico manifesta-se atualmente sob a forma da depressão” (Roudinesco, 2000, p. 13). Para ela, as prescrições psicofarmacológicas, quando se referem à patologia, seguem a ideia de um problema exclusivamente orgânico. Nesta perspectiva, é importante compreender de que maneira estão se dando as formas de tratamento, problematizando o conceito de “cura” e diagnóstico em seus destinos que eliminam qualquer questão subjetiva. Roudinesco (2000) nos fala que estas novas maneiras de se relacionar com o corpo e os sofrimentos levam o homem a buscar desesperadamente o alívio por meio da psicofarmacologia para vencer o vazio de seu desejo.

Para Henriques (2014), temos uma gama de rotulações para posteriores intervenções medicamentosas. No contemporâneo, a medicalização da vida se tornou um fator de discussão entre os saberes, e que muitas vezes é colocada como dispositivo de controle social. Segundo ele, a medicalização denuncia a tentativa de normalização dos processos humanos, implicando o modo disciplinar de exercício do poder. O autor problematiza dizendo que os desvios da “norma” seriam fases dos processos de vida, e não problemas médicos denominados como distúrbios, transtornos e perturbações. Segundo Esperanza (2011), por vezes, o sujeito sente não estar dando conta da vida e busca dar conta pela via medicamentosa. Nessa lógica, o

sujeito é visto como “objeto” e se coloca como “objeto”, alimentando a referência de homem manipulável ou escravo pela medicação.

Diante deste contexto de regulamentação e medicalização da vida, como podemos olhar a implicação da clínica, inspirada pela escuta do inconsciente, para pensar este modo de estar e viver no mundo? Como deslocar o sujeito deste lugar de objeto da cena capitalística de produção e consumo que implica um sujeito sempre sorridente para operar suas tarefas no cotidiano da vida? Seguimos adiante, tentando garimpar algumas pistas à luz da escuta do inconsciente.

A clínica e a escuta do inconsciente

Problematizamos, até agora, o contexto em que a clínica está implicada, a partir dos mecanismos do biopoder e da medicalização da vida, com os quais categorizamos e normatizamos a vida em um conjunto de patologias, a ponto de esquecermo-nos de escutar o sujeito com sua singularidade, perdendo força em razão de causas orgânicas-comportamentais. Nesse caso, a tarefa que desejamos problematizar seria pensar onde fica, na escuta clínica, a singularidade do sujeito neste modo de subjetivação capitalista contemporâneo. Pelbart (2000) provoca a pensar o sujeito embrenhado por mecanismos de controle que, para além de reprimirem determinados comportamentos não regulados, estimulam certos modos de apreensão da vida: seja isso, seja aquilo, possua tal objeto para ser superior, são exemplos de estímulos vistos por todos os lugares midiáticos.

Se tomarmos a patologia como objeto deslocado do social, assumimos a clínica como uma fábrica de subjetividades imersas em si mesmas. Pelbart (2000) critica esta tentativa de organizar e responsabilizar o corpo orgânico do sujeito como o culpado por seus males e desregulações no contemporâneo, pois entende a subjetividade como um processo de encontro entre o indivíduo, constituído por seu passado, cheio de marcas de antigos encontros,

e o que virá a partir de encontros que se desenrolam em ato, no presente, o pré-individual que transforma o sujeito a cada dia. É justamente esta complexidade que impulsiona o sujeito para o viver, com suas dores, angústias e movimentos de invenção. A partir disso, passaríamos a reconhecer uma nova paisagem que constitui o sujeito, no caso, a metaestabilidade do ser: “[...] e a partir daí admitir a emergência de um tipo de subjetividade ‘quântica’, com seus novos perigos, mas também novas potências. [...] deixar que o olhar sobre a subjetividade seja redesenhado à luz dessas mutações” (Pelbart, 2000, p. 16).

Para a clínica, neste sentido, não ficar no lugar de docilização e disciplinamento do sujeito é sustentar um lugar de análise, proporcionando ao sujeito o desprendimento dos seus modos de ser e agir que estão a lhe adoecer, não para anestesiá-los, mas para se realizar um diálogo com o qual se possa elevar-se a si mesmo, em um movimento metaestável.

O conceito de sujeito metaestável que Pelbart trabalha é igual o de Canguilhem (2000), que repensa o olhar médico sobre as patologias, e vai nos dizer que a maneira de olhar o sujeito como normal ou anormal se dá a partir de um ponto de vista e de um meio social. “O homem só se sente em boa saúde precisamente quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas, também normativo, capaz de seguir novas normas de vida” (Canguilhem, 2000, p. 161). Da mesma maneira em que pensa os conceitos de saúde e doença, para ele, em primeiro lugar, quem deve ter a percepção se está ou não com saúde é o sujeito, e, a partir de seu olhar sobre o que não anda bem em seu corpo, que não é só biológico, ter autonomia sobre seu processo de saúde e doença.

A questão é como olhar para o sujeito e para a sua queixa. Será que a primeira tentativa é normalizar e adaptá-lo ao meio a partir de um conjunto de normas científicas? Se houver um momento de escuta na clínica para além do diagnóstico, haverá uma ruptura nas regras, e passaremos a olhar para o sujeito como nos propõe Canguilhem (2000, p. 146): “o normal é viver num meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis”. Seguindo este

propósito e articulando com o conceito de sujeito vacilante de Agamben (2009), que percebe o fracasso do sujeito como um movimento de vida positivo, podemos nos remeter à singularidade de cada sujeito, que vai desestabilizar a clínica que pensa o sujeito por meio de receitas prontas, vai colocar a clínica em movimento, com a afirmação do quanto o fracasso e o sofrer dão possibilidades para vidas nascentes.

Para Lacan (como citado em Miller, 1997), a experiência analítica não se dá através do que se cura, mas sim através do que não se cura. O sujeito busca a cura do sintoma, tanto na clínica quanto na sua autonomia de gerir a sua doença. Quando falamos da clínica na atualidade, que vem se configurando com as novas ondas tecnológicas, falamos da grande quantidade de medicamentos que anunciam certa capacidade de cura e que estão dificultando o processo de análise, pois já se sabe que a medicalização barra o diálogo com o sintoma, o que, à luz da teoria psicanalítica, retira a possibilidade do encontro com o inconsciente e com a produção de singularidades no sujeito. Segundo Kehl (2011), a singularidade do sofrimento psíquico vem sendo naturalizada como uma falha química-biológica, porque, ao reduzir os sofrimentos psíquicos a uma somatória de transtornos comportamentais, dentre os quais praticamente qualquer pessoa pode se incluir, não se está levando em consideração aspectos subjetivos e singulares.

Kehl e Esperanza (2011) nos conduzem a pensar os sintomas do contemporâneo que, por si só, explicam o grande uso de medicamentos para tratar o sofrimento e voltar a ser coerente com o tempo da produtividade e do consumo por excelência. Segundo Birman (2006), a presença de sintomas corporais em perturbações eminentemente psíquicas e as formas de produção desses sintomas destacam-se cada vez mais na contemporaneidade, pois se colocam de maneira progressiva na cena da atualidade. Para Kehl (2011), caso reescrevêssemos a linha do tempo por onde a clínica capitalista iniciou seus procedimentos, veríamos que ela apostava em uma intervenção que provocasse a gestão da vida na era

industrial, procurando a cura dos sujeitos para fazê-los produzir cada vez mais em grande escala. Já nos dias de hoje, as neurociências se empenham em animar os depressivos assim como tantos outros sujeitos não funcionais para o sistema para torná-los consumidores, incitando o desejo de consumo.

A medicalização da vida está banalizada, fato que não pode passar despercebido na clínica. Não se pode negar a terapêutica medicamentosa, mas temos que pensar qual é sua função na vida das pessoas, pois, para cada conjunto de transtornos, a indústria farmacêutica oferece uma solução medicamentosa. Estamos em um cenário no qual há uma tentativa de assassinar os processos subjetivos para rapidamente normalizar as condutas sem ter que se indagar sobre o desejo de cada sujeito por meio de uma ideologia de felicidade. Um exemplo é a enorme quantidade de diagnósticos de depressão, que pode ser pensada como um sintoma social, como comenta Kehl (2011, p. 123):

A depressão, como sintoma social, é aquilo que resiste ao imperativo do gozo; a fé na felicidade consumista, a própria oferta de possibilidades de traição da via desejante. O depressivo, que sofre do único sentimento de culpa legítimo, o de ter traído sua via, culpa-se diante do supereu por não tirar proveito de sua traição. Ou seja, por não ser capaz de se alinhar com ideologias da felicidade. A dolorosa consciência de sua inadaptação é confirmada pelo empenho da indústria farmacêutica em desenvolver os depressivos ao convívio “normal” com o coro dos contentes.

Pensando na lógica temporal, Kehl (2011), em suas considerações sobre o tempo lógico, supõe que há uma relação entre o aumento dos casos de depressão e a urgência do tempo na vida atual. “Tal urgência demanda ação, sem conferir ao vivido seu valor de experiência, duração e memória. Quanto mais a vida é dominada pela premência do fazer,

mais restrita a percepção da duração” (Kehl, 2011, p. 147). A duração depende não apenas do sentimento de continuidade da existência, como também da possibilidade de fruição de alguns intervalos de tempo não apressados, não precipitados, em direção ao futuro imediato (Kehl, 2011). Conforme Kehl (2004), a contemporaneidade praticamente se resume à experiência da velocidade. Os sujeitos sofrem pelo sentimento de tempo esmagado, desajustado do mundo capitalista, efeito de sua incapacidade de se colocar em sintonia com as urgências contemporâneas. Sobretudo o depressivo assume esse lugar maldito, destoante da velocidade capitalista.

Para finalizar, a autora (Kehl, 2011) enfatiza que há uma urgência contemporânea de cuidado e que tal demanda perpassa a clínica à medida que ela possa oferecer um espaço desacelerado, onde o sujeito pode se escutar, sentir-se experimentando a sua vida, o seu desejo, tendo um lugar de experimentação de seus pensamentos, resistindo um pouco à velocidade do que se impõe como algo natural, regulamentado e que exige que cumpramos de maneira veloz e sem questionamento certos padrões.

Conclusão

A pesquisa feita para alimentar a escrita e argumentar sobre o tema evidenciou a problemática que está bastante presente no cenário clínico: o modo de subjetivação no contemporâneo e sua complexidade. Alguns estudos nos propõem pensar os processos subjetivos a partir de um olhar clínico que produz estranhamentos, escuta e que produz problematizações frente aos modos de pensar o sujeito, incluindo aspectos que se atravessam nas suas vivências, como o tempo acelerado e a regulamentação da vida. Uma das propostas de uma clínica esquizopsicanalítica é proporcionar um espaço metaestável, no qual o sujeito possa repensar suas vivências e se permitir o sofrimento.

Sabemos que hoje as sensações físicas de bem-estar estão disponíveis em cápsulas, em imagens-fluxos que nos garantem sucesso com suas receitas, sendo fundamental alertar para as implicações no processo de saúde e doença do sujeito, muitas vezes desconsideradas, pois se vende a ideia de se resolver o mal-estar pela via rápida que as substâncias químicas oferecem. Sabemos, então, o quanto o simples recurso paliativo contra a dor pode colocar a perder toda a dimensão desejante de um sujeito.

E quando falamos em desejo, falamos em potência de vida, e, por este motivo, não podemos deixar de incluir aspectos do sofrer. Quando incluimos na clínica um espaço para o sofrer, falamos de um lugar que resiste à mera cura dos sintomas, sustentando uma posição de acolhida das dores, não de seu anestesiamiento. Frente à realidade de uma cultura que está intrincada junto à medicalização, temos que refletir sobre o quanto o propósito da clínica assume este lugar que se destina à permissão do sujeito se angustiar, para, a partir disso, criar outros movimentos em sua vida.

A proposta, neste trabalho, foi de tentar ir além da crítica à regulamentação do sujeito e da vida, explorando os desafios da clínica aparelhada para trabalhar com diagnósticos precisos e organicistas que, muitas vezes, pouco escutam a singularidade do sujeito. Contudo, o que pode a clínica em meio às padronizações que silenciam a diferença? Onde fica o sujeito? O que poucos sabem é que as práticas psíquicas não se derivam de respostas, o que nos cabe é fazer questionamentos e produzir mais questionamentos, provocando o sujeito a repensar-se e responsabilizar-se por si mesmo. Nesse sentido, a intenção deste estudo não foi de se fechar em respostas à problemática da atualidade da clínica em meio à medicalização da vida, mas sim de continuar abrindo espaços para perguntas.

Referências

- Birman, J. (2003). *Corpos e formas de subjetivação em psicanálise. Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*, Rio de Janeiro. Recuperado em 14 outubro, 2015, de http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/3_Birman_38020903_port.pdf.
- Canguilhem, G., & Barrocas, M. T. R. de C. (2000). *O normal e o patológico* (5a ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Deleuze, G. (2000). *Conversações: 1972-1990* (P. P. Pelbart, Trad.). Rio de Janeiro: Editora 34. (Originalmente publicado em 1992)
- Esperanza, G. (2011). Medicalizar a vida. In A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Org.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 53-59). São Paulo: Via Lettera.
- Foucault, M. (1999). *Em defesa da sociedade: Curso no College de France 1974-1976*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2000). *Vigiar e punir. Nascimento da prisão* (23a ed.). (R. Ramallete, Trad.). Rio de Janeiro: Vozes.(Originalmente publicado em 1975)
- Foucault, M. (2008). *Microfísica do poder* (26. ed.). Rio de Janeiro: Graal. (Originalmente publicado em 1979)
- Kehl, M. R. (2011). A atualidade das depressões (como pensar as depressões sem o DSM-IV). In A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Org.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 60-127). São Paulo: Via Lettera.
- Kehl, M. R. (2014). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.
- Miller, J. A. (1997). *Lacan elucidado: Palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Pelbart, P. P. (2000). *A vertigem por um fio: Políticas da subjetividade contemporânea*. São Paulo: Iluminuras/FAPESP.
- Pelbart, P. P. (2003). *Vida capital: Ensaio de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras.

Pelbart, P. P. (2008). *Vida e morte em contexto de dominação biopolítica*. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo.

Roudinesco, E. (2000). A derrota do sujeito. In *Por que a psicanálise?* (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Originalmente publicado em 1999)

Sharpe, K. (2013). *A cura da infelicidade: Como os antidepressivos melhoram, pioram e moldam a vida de milhões de pessoas*. Belo Horizonte: Gutenberg.

Instruções aos autores

Objetivo

Esta publicação tem por objetivo divulgar as mais significativas construções acadêmicas, científicas e artísticas realizadas em torno dos temas: Sujeito, Sofrimento psíquico, Sociedade, Cultura e Organizações Sociais, apresentadas na forma de artigos originais, comunicações, relatos de pesquisas estudos teóricos, revisões críticas de literatura, resenhas de livros ou filmes e entrevistas.

Condições para apreciação do manuscrito

É condição para publicação do manuscrito submetido a este periódico que o mesmo não tenha sido publicado e não seja simultaneamente submetido ou publicado em outra

As submissões serão inicialmente apreciadas e se estiverem de acordo com as normas para publicação e forem consideradas como potencialmente publicáveis pela revista serão encaminhadas para avaliação pelos pares (*double blind review*), preservando a identidade dos autores e consultores.

Os pareceres emitidos pelos consultores contêm justificativas que podem sugerir a aprovação para publicação sem alterações, a aprovação para publicação com recomendações de alterações ou a não recomendação de publicação.

Aos membros do Conselho Editorial, após a apreciação reformulada, cabem as decisões finais sobre os manuscritos, inclusive quanto à necessidade de novas reformulações. Os autores serão informados de todas as etapas. O Conselho Editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores para agilizar o processo editorial.

O processo editorial só terá início **se o encaminhamento do manuscrito obedecer às orientações estabelecidas neste documento**. Caso contrário, será devolvido para adequação às diretrizes da revista. **Como apresentar e enviar o manuscrito**

1. A revista adota, com algumas adaptações, as **normas de publicação da APA**: *Publication Manual of the American Psychological Association (6a edição, 2010)*. A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA. Como alternativa à consulta ao original desse manual, sugerimos o Tutorial de referências bibliográficas estilo APA 6a.edição: <http://issuu.com/bibliotecasua/docs/manualestiloapa6ed>.

2. Os documentos para submissão deverão estar em formato eletrônico (WORD ou LIBREOFFICE) e **não** exceder o número máximo de páginas indicado para cada categoria, conforme descrito a seguir (incluindo Resumo, Abstract, Figuras, Tabelas, Anexos e Referências, além do corpo do texto):

Relatos de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas de literatura (15-25 páginas): relatos de alta qualidade de pesquisas originais, baseadas em investigações sistemáticas e completas, devem propor a análise de conceitos, levando ao questionamento de modelos existentes à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Também serão aceitos artigos teóricos ou de revisão com análise crítica e oportuna de um corpo abrangente de investigação, relativa a assuntos de interesse para o desenvolvimento da Psicologia.

Resenhas de livros (3-10 páginas): revisão crítica de obras nacionais (publicadas há até dois anos) ou estrangeiras (publicadas há até cinco anos), orientando o leitor quanto a suas características, usos potenciais e contribuições para o campo da Psicologia.

Entrevistas (15-25 páginas): entrevistas realizadas com autores, autoridades reconhecidas no campo acadêmico e outras personalidades que contribuam para o debate da psicologia. As entrevistas devem conter o(s) nome(s) do(s) entrevistado(s) e entrevistador(es) e uma apresentação de no máximo uma página. Pede-se também que seja enviada a autorização digitalizada do(s) entrevistado(s), concordando com a publicação do material.

Traduções (15-25 páginas): traduções de artigos, ensaios e entrevistas relevantes e indisponíveis em língua portuguesa. As colaborações enviadas devem apresentar título, nome(s) do(s) autor(es) e do(s) tradutor(es). Devem ainda ser acompanhadas de cópia digitalizada do original utilizado na tradução, bem como da autorização digitalizada (do editor e/ou do autor) para publicação.

Relatos de experiência profissional (10-15 páginas): descrição de procedimentos e estratégias, ou estudos de caso que apresentem real contribuição acadêmica.

Notas técnicas (até 10 páginas): descrição de novos métodos, instrumentos, softwares ou técnicas.

3. É fundamental que o material **não contenha qualquer forma de identificação da autoria**, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), menção a instituições a que estejam vinculados, detalhes de método que possibilitem a identificação/localização da origem, bem como informações contidas nos campos das propriedades do documento.

Os autores que tiverem suas submissões aceitas para publicação terão oportunidade, durante a revisão final, de incluir dados necessários.

4. O arquivo contendo o trabalho deverá ser enviado por correio eletrônico para **revistamalestar@gmail.com**, anexo, acompanhado da “Carta para Submissão de

Trabalhos” (disponível em www.unifor.br/malestaresubjetividade) devidamente preenchida (**não** aceitamos a exposição do trabalho no corpo da mensagem).

Preparação do manuscrito

1. Diretrizes de formatação

A. O manuscrito, sendo um artigo, ao todo não deve passar de 25 páginas, desde o Resumo até as Referências, incluindo as Tabelas, Figuras e Anexos, em formato A4, devendo ser paginado desde o Resumo, que receberá número de página 1.

B. Fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo referências, notas, tabelas, etc.

C. Margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

D. Espaçamento: espaço **duplo** ao longo de todo o manuscrito, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, Anexos, etc.

E. Alinhamento: esquerda

F. Recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm

G. Numeração das páginas: no canto superior direito.

H. Endereços da Internet: Todos os endereços “URL” (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos e levar diretamente ao documento citado.

2. Elementos do manuscrito

Os elementos do manuscrito devem ser apresentados na seguinte ordem (inicie cada um deles em uma nova página): (1) Folha de rosto com título e identificação dos autores, (2) Folha de rosto com título e sem identificação, (3) Títulos e Resumos em português, inglês, espanhol e francês, (4) Corpo do Texto, (5) Referências, (6) Anexos, (7) Tabelas e Figuras, conforme instruções a seguir.

A. Folha de rosto com título e identificação dos autores e suas instituições de origem, bem como endereço completo, incluindo e-mail.

B. Folha de rosto com título e sem identificação. Título original (máximo 12 palavras) e título compatível nas outras línguas. Sem identificação de autoria.

C. Títulos e Resumos em português, inglês, espanhol e francês.

Parágrafos com no máximo 300 palavras com o título Resumo escrito na primeira linha abaixo do cabeçalho. Ao fim do resumo, listar cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula). Os resumos nas outras línguas devem ser fieis ao resumo em português, porém, não uma tradução “literal” do mesmo. Ou seja, a tradução deve preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical da língua. A revista tem, como procedimento padrão, fazer a revisão final dos resumos, reservando-se o direito de corrigi-los, se necessário. Esse é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. Os resumos nas outras línguas devem ser seguidos das respectivas palavras-chave traduzidas. Sugere-se utilizar palavras-chave derivadas da terminologia em Psicologia da BVSPsi ou Thesaurus do Psycinfo. No caso de submissão de resenhas de livros, entrevistas e notas técnicas, o resumo não é necessário.

D. Corpo do Texto

Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter somente a primeira letra maiúscula (por exemplo, Método e discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método:

Participantes, ou *Análise dos dados*). Títulos e subtítulos não devem ser acompanhados de ponto final. Caso haja subdivisões no texto, recomenda-se no máximo três níveis de intertítulos.

As palavras **Figura**, **Tabela**, **Anexo** que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. Expressões como “a Tabela acima” ou “a Figura abaixo” não devem ser utilizadas, pois no processo de diagramação a localização das mesmas pode ser alterada. As normas não incluem as denominações Quadros ou Gráficos.

Sublinhados, Itálicos e Negritos: Use itálico para palavras ou expressões que constituam “estrangeirismos”, como *self*, *locus*, etc. e sublinhado para outras palavras que deseje grifar. Reserve negritos para os títulos.

Dê sempre crédito aos autores. Todos os nomes de autores/instituições cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências.

Exemplos de citações no corpo do manuscrito

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association (2010, 6ª edição)* para verificar as normas para outras referências.

1. Citação de trabalho de um autor: sobrenome do autor, seguido do ano da publicação.

Exemplo: Dor (1991), ou (Dor, 1991).

No caso de citação literal esta deve ser acrescida da(s) página(s) citada(s).

Exemplo: (Dor, 1991, p. 35) ou (Dor, 1991, p. 35-37)

2. Citação de artigo de autoria múltipla

a) Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido.

Exemplo: Guattari and Rolnik (1996) ou (Guattari & Rolnik, 1996)

b) Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira referência; da segunda referência em diante utilize sobrenome do primeiro autor seguido de “et al.” e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo.

c) Artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de “et al.” e da data. Porém, na seção de Referências, todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

Exemplo: Costa *et al.* (2000)

3. Citações de obras antigas e reeditadas: Utilize o seguinte formato: Autor (data de publicação original / data de publicação consultada).

Exemplo: (Freud, 1905/1996). No caso de citação literal, esta deve ser acrescida da(s) página(s) citada(s). Exemplo: (Freud, 1905/1996, p. 25) ou (Freud, 1905/1996, p. 25-29).

4. Citação de um mesmo autor com a mesma data de publicação: acrescentar uma letra minúscula após a data da obra consultada.

Exemplo: (Freud, 1905/1996a), (Freud, 1908/1996b) ou Rogers (1973a), Rogers (1973b)

5. Citação secundária: Trata-se da citação de um artigo discutido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Evite este tipo de citação, mas ao

fazê-lo, coloque o sobrenome do autor original seguido do ano da publicação original entre parênteses, da expressão “citado por” seguida da obra realmente consultada e do ano de publicação. Na seção de referências, citar apenas a obra consultada.

NOTA: Citações com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citações com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, recuado 1,25cm da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [*sic*], sublinhada e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de trechos de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material, tal como comentários ou observações, deve ser feita entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

Atenção: Não use os termos *apud*, *op. cit.*, *id.*, *ibidem*, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA.

Abreviações em Latim: Use as seguintes abreviações de Latim apenas em texto entre parênteses; em texto sem parênteses, use a tradução em português destes termos: cf. = compare; i.e. = isto é; e.g. = por exemplo; viz. = ou seja; etc. = e assim por diante; vs. = versus, contra.

Notas: Devem ser evitadas sempre que possível. No entanto, se não houver outra possibilidade, devem ser indicadas no texto por algarismos arábicos sobrescritos e

apresentadas imediatamente após o Corpo do texto. Recue a primeira linha de cada nota de rodapé em 1,25cm.

E. Referências

Inicie uma nova página para a seção de Referências, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras mencionadas no texto devem aparecer nesta seção.

Não deixe um espaço extra entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA e formatação indicada nos exemplos abaixo. Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association (2010, 6ª edição)* para verificar as normas não mencionadas aqui.

Em casos de referência a múltiplos estudos do mesmo autor, utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente desse autor. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Trabalhos apresentados em congresso, mas não publicados não devem constar nas Referências, apenas como Notas.

Exemplos de referências

1. Artigo de revista científica paginada por fascículo:

Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus group. *British Medical Journal*, 311 (7000), 299-302.

Hüning, S. M. & Guareschi, N. M. F. (2005). O que estamos construindo: Especialidades ou especialismos? *Psicologia & Sociedade*, 17(1), 89-92.

2. Artigo de revista científica no prelo: Indicar, no lugar da data, que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico sublinhado após o título do artigo. Não referir data

e números do volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado. No texto, citar o artigo indicando que está no prelo.

3. Livros:

Silva, R. N. (2005). *A invenção da psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Foucault, M. (1994). *O nascimento da clínica* (4a ed.) Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Klein, M. & Riviere, J. (1975). *Amor, ódio e reparação: As emoções básicas do homem do ponto de vista psicanalítico* (2a ed.). Rio de Janeiro: Imago.

4. Capítulo de livro:

Cruz Neto, O. (1998). O trabalho de campo como descoberta e criação. In M. C. S. Minayo (Org.), *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (10a ed., pp. 51-66). Petrópolis-RJ: Vozes.

Maraschin, C. (2005). Redes de conversação como operadores de mudanças estruturais na convivência. In N. M. C. Pellanda, E. T. M. Schlünzen, & K. Schlünzen Jr. (Orgs.), *Inclusão digital: Tecendo redes afetivas/cognitivas* (pp. 135-143). Rio de Janeiro: DP & A.

5. Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais:

Todorov, J. C., Souza, D. G., & Bori, C. M. (1992). Escolha e decisão: A teoria da maximização momentânea [Resumo]. In Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *Resumos de comunicações científicas, XXII Reunião Anual de Psicologia* (p. 66). Ribeirão Preto: SBP.

A citação das páginas é desejável, mas pode ser omitida em casos especiais.

6. Teses ou dissertações

Abbud, N. (2010). *Pensando o pensar: Uma análise sobre as narrativas do cotidiano*. (Doctoral Thesis, Instituto de Psicologia, University of São Paulo, São Paulo). Retrieved 2013-12-13, from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-08092010-104710/ou>

7. Obra antiga e reeditada em data muito posterior:

Castel, R. (2001). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário* (I. D. Poleti, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Originalmente publicado em 1995)

Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In J. Strachey (Ed.) *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905)

Em caso de mais de uma obra com a mesma data diferenciar por letras:

Freud, S. (1996a). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In J. Strachey (Ed.) *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).

Freud, S. (1996b). *Fantasiais históricas e sua relação com a bissexualidade*. In J. Strachey (Ed.) *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1908).

NOTA: As letras devem ser distribuídas seguindo o **Volume** da publicação e, se mesmo Volume, a data da publicação original.

8. Autoria institucional:

American Psychological Association. (1994). *Publication manual* (4a ed.). Washington, DC: Author.

9. Comunicação pessoal: Pode ser carta, mensagem eletrônica, conversa telefônica ou pessoal. Cite apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome do emissor e a data. Não inclua nas referências.

F. Anexos

Evite. Somente devem ser incluídos se contiverem informações consideradas indispensáveis. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página. Os Anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

G. Tabelas e Figuras

Devem ser elaboradas em formato de tabelas do WORD. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela. Digite o título da tabela à esquerda, em itálico e sem ponto final. Apenas a primeira letra do título e nomes próprios devem estar em maiúsculas.

Devem ser do tipo de arquivo JPG e apresentadas em uma nova página. Não devem exceder 15 cm de largura por 20cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à figura. Digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final. Apenas a primeira letra do título e nomes próprios devem estar em maiúsculas.

Verificação de diretrizes para submissão

A submissão de textos em qualquer categoria só será possível mediante a confirmação do autor, através de carta de submissão assinada e escaneada, de que as condições abaixo estão satisfeitas.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
2. Os arquivos para submissão estão em formato WORD ou LIBREOFFICE.
3. O conteúdo está de acordo com as normas técnicas da *American Psychological Association: Publication Manual of the American Psychological Association (2010, 6ª edição)* e adaptações adotadas por este periódico.
4. O texto está em espaço duplo, em fonte Times New Roman, tamanho 12, com parágrafos alinhados à esquerda e com sinalização no corpo do texto indicando onde devem ser inseridas tabelas e figuras.
5. O documento submetido *não* excede 25 páginas (Relatos de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas de literatura, entrevistas, traduções), 10 páginas (resenhas de livros e notas técnicas), 15 páginas (relatos de experiência profissional) com todas as margens iguais a 2,5 cm.
6. Todos os endereços “URL” no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) estão ativos e levam diretamente ao documento citado.
7. O nome do autor e instituição foram removidos das “Propriedades do documento” e não constam no texto quaisquer formas de identificação do(s) autor(es).

O descumprimento de qualquer um desses itens é suficiente para a recusa inicial do material, motivo pelo qual recomendamos aos autores que façam minuciosa revisão de seus manuscritos, antes da submissão. Enfatizamos que manuscritos recusados **duas vezes** por inadequação a esses itens não serão novamente recebidos.

Direitos autorais

A aprovação dos textos implica a cessão imediata e sem ônus dos direitos de publicação na revista Mal-estar e Subjetividade, que terá a exclusividade de publicá-los em primeira mão.

É permitida a reprodução dos artigos, desde que seja citado que foram originalmente publicados na Revista Mal-estar e Subjetividade.

Periodicidade

A Revista Mal-estar e Subjetividade mantém uma periodicidade quadrimestral.